

# Comparison of the Level of Depression and Disability between the Treated and Untreated Migraineurs

Ostovan VR<sup>1\*</sup>, Mirghasemi SAM<sup>2</sup>

<sup>1</sup>M.D., Assistant Professor, Department of Neurology, Faculty of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

<sup>2</sup>Member of Clinical Neurology Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

## Abstract

**Introduction:** Migraine is a neurologic problem characterized by severe headache and nausea. This study aimed to compare the level of depression and disability between treated and untreated migraineurs.

**Methods:** The present study was designed as a cross-sectional study conducted on patients with migraine headaches who were referred to the outpatient clinic of Emam Reza and selected through purposive sampling to participate in the study for three months from April to July in 2017. The eligible patients referred to our clinic were divided into two study groups. One group included the migraineurs who received the standard treatment for migraine for at least one month, whereas the migraineurs in the second group didn't receive standard treatment while they received analgesic agents as pain killers. After an inclusive examination by a neurologist, the participants were asked to fill out the valid and reliable Persian versions of BDI and MIDAS to assess the level of depression and disability.

**Result:** Overall, the authors had a total of 283 patients with migraine headaches. We found that the MIDAS score in the treated group was significantly lower than the untreated group ( $7.1 \pm 3.2$ ,  $14.3 \pm 10.9$ , respectively,  $P=0.001$ ). In addition, the mean BDI score in the treated group was  $9.6 \pm 4.6$ , whereas it was  $14.3 \pm 10.9$  in the untreated group ( $P=0.004$ ).

**Conclusion:** is the study showed that subjects with untreated migraine are more likely to report depression and anxiety than patients with treated migraine.

**Keywords:** Anxiety, Depression, Headache, Migraine

Sadra Med Sci J 2022; 10(2): 121-130.

Received: Jan. 30th, 2022

Accepted: May 21st, 2022

\*Corresponding Author: **Ostovan VR**. M.D., Assistant Professor, Department of Neurology, Faculty of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, ostovanv@gmail.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۱۰، شماره ۲، بهار ۱۴۰۱، صفحات ۱۲۱ تا ۱۳۰

تاریخ دریافت: ۰۰/۱۱/۱۰ تاریخ پذیرش: ۰۱/۰۲/۳۱

مقاله پژوهشی  
(Original Article)

## مقایسه میزان افسردگی و ناتوانی در بیماران میگرنی درمان شده و درمان نشده

وحید رضا استوان<sup>۱\*</sup>، سید امیر محمد میر قاسمی<sup>۲</sup><sup>۱</sup>استادیار، بخش نورولوژی، دانشکده ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران  
<sup>۲</sup>عضو مرکز تحقیقات نورولوژی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

## چکیده

**مقدمه:** میگرن بیماری نورولوژیک است که با سردردهای شدید همراه با حالت تهوع مشخص می شود. هدف از این مطالعه بررسی میزان افسردگی و ناتوانی در بیماران میگرنی درمان شده در مقایسه با بیماران درمان نشده است.

**روش ها:** مطالعه حاضر به صورت یک مطالعه مقطعی روی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی که بر اساس معیارهای واجد شرایط مطالعه به مدت سه ماه از فروردین تا تیرماه ۱۳۹۶ به درمانگاه سرپایی امام رضا (ع) مراجعه کرده بودند، طراحی شد. بیماران واجد شرایط به دو گروه تقسیم شدند. یک گروه بیمارانی که درمان استاندارد میگرن را حداقل به مدت یک ماه دریافت کرده بودند و گروه دیگر بیمارانی بودند که درمان استاندارد میگرن را دریافت نکرده بودند و فقط برای کنترل درد از داروهای ضد درد استفاده می کردند. پس از معاینه دقیق، از شرکت کنندگان خواسته شد تا نسخه فارسی معتبر و قابل اعتماد Beck's Depression Inventory (BDI) و MIDAS Migraine Disability Assessment را برای ارزیابی سطح افسردگی و ناتوانی پر کنند.

**یافته ها:** تعداد ۲۸۳ بیمار مبتلا به سردرد میگرنی وارد مطالعه شدند. امتیاز MIDAS در گروه درمان شده (درمان دارویی استاندارد) به طور معنی داری کمتر از گروه درمان نشده بود (به ترتیب  $7/1 \pm 3/2$ ،  $14/3 \pm 10/9$ ،  $P=0/001$ ). میانگین امتیاز BDI در گروه درمان شده  $9/6 \pm 4/6$  و در گروه درمان نشده  $14/3 \pm 10/9$  بود ( $P=0/004$ ).

**نتیجه گیری:** مشاهدات نهایی ما این است که افراد مبتلا به میگرن درمان نشده بیشتر از بیماران مبتلا به میگرن درمان شده افسردگی و اضطراب را دارند.

**واژگان کلیدی:** اضطراب، افسردگی، سردرد، میگرن

\*نویسنده مسئول: وحید رضا استوان، استادیار، بخش نورولوژی، دانشکده ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. ostovanv@gmail.com

## مقدمه

میگرن یک بیماری نورولوژیک است که با سردرد شدید و حالت تهوع مشخص می‌شود. این بیماری از نظر شیوع سومین و از نظر میزان ناتوان‌کنندگی ششمین اختلال پزشکی در جهان با شیوع ۱۰ تا ۱۵ درصد است و در زنان شایع‌تر از مردان (سه برابر بیشتر) است (۲۰۱). سردرد تیپیک میگرنی عمدتاً در ناحیه سه‌قلو شکل می‌گیرد و در همان طرف نیمکره مغز که اختلال عملکرد دارد با کیفیت ضربانی حس می‌شود و با فعالیت بدنی افزایش می‌یابد. مدت‌زمان سردرد در اکثر موارد ۴ تا ۷۲ ساعت است.

یک‌سوم بیماران مبتلا به میگرن از علائم عصبی کانونی گذرا نیز رنج می‌برند که اورا نامیده می‌شود. اورا چند دقیقه تا چند ساعت قبل از سردرد شروع می‌شود، اما ممکن است در زمان سردرد یا حتی در غیاب آن رخ دهد (۳).

طبق طبقه‌بندی بین‌المللی سردرد (ICHD-III)<sup>۱</sup>، میگرن مزمن به سردردی گفته می‌شود که بیش از ۱۵ روز در ۳ ماه گذشته تجربه شود و معیار میگرن را برای بیش از ۸ روز داشته باشد (۴). در مواردی که دفعات سردرد ۴ بار در ماه یا بیشتر یا ۸ روز یا بیشتر در ماه یا آن‌قدر شدید باشد که زندگی فرد را به شدت مختل کند، وجود کانتراندیکاسیون جهت درمان حاد یا اگر فرد درمان حاد را تحمل نکند، استفاده بیش‌ازحد از درمان‌های علامتی و یا ساب تایپ‌های خاصی از سردرد میگرنی مانند میگرن همی‌پلژیک فامیلی اندیکاسیون، درمان استاندارد پروفیلاکسی دارند (۵).

ارتباط قوی بین میگرن و اختلالات روانپزشکی نشان داده است که مهم‌ترین بیماری‌های روانپزشکی همراه میگرن اختلالات خلقی، اضطراب و هراس هستند (۶). وجود همزمان اختلالات روانپزشکی ممکن است پیامدهای بالینی مرتبطی داشته باشد به‌نحوی که بر کیفیت زندگی،

سطوح ناتوانی، سیر میگرن و پیش‌آگهی نهایی آن تأثیر بگذارد (۷).

میگرن و افسردگی همراهی نزدیکی با یکدیگر دارند. در مطالعات جمعیتی افراد مبتلا به میگرن از ۲/۲ تا ۴/۰ برابر بیشتر نسبت به جمعیت عادی در معرض افسردگی قرار دارند (۸). وانگ و همکاران (۹) نشان دادند که در بیماران بالای ۶۵ سال مبتلا به میگرن، خطر افسردگی بیشتر از افراد غیر میگرنی است. همچنین در یک مطالعه مورد-شاهدی مبتنی بر جمعیت از لیپتون و همکاران، خطر بالاتر افسردگی در میان مبتلایان به میگرن تأیید شده است. (۱۰) همچنین مریکانگاس و همکاران بعد از بررسی ۴۵۷ فرد جوان مبتلا به میگرن، ارتباط محکمی میان میگرن و افسردگی مازور در افراد مبتلا به میگرن در مقایسه با گروه کنترل پیدا کردند (۱۱). برسلاو و همکاران (۱۲) و سوارتز و همکاران (۱۳) نیز ارتباط قوی بین بیماری‌های میگرن و افسردگی مازور را تأیید کردند. علاوه بر این پاتل و همکاران در مطالعه‌ای شیوع ۲۸ درصدی افسردگی مازور را در بیماران مبتلا به میگرن نشان دادند (۱۴). مطالعه‌ای دیگر نشان داده است که شیوع افسردگی در افراد مبتلا به میگرن با اورا بیشتر از افراد مبتلا به میگرن بدون اورا است و این تفاوت در میزان اقدام به خودکشی نیز وجود دارد (۱۵). برخی از مطالعات کوهورت نشان داده‌اند که رابطه بین میگرن و افسردگی یک ارتباط دوطرفه است بدین معنی که یک اختلال خطر ابتلا به دیگری را افزایش دهد و بالعکس (۱۶ و ۱۷).

در مطالعه دمیریورک و همکاران اثرات درمان توکسین بوتولینوم در بیماران مبتلا به میگرن مزمن و همچنین افسردگی، اضطراب و ناتوانی ناشی از میگرن نشان داده شده است که کاهش معنی‌داری در تعداد روزها و شدت سردرد، نمره ناتوانی MIDAS<sup>۲</sup> و شکایات روانپزشکی در بیماران مبتلا به میگرن مزمن که تحت درمان قرار گرفته بودند، ایجاد می‌شود (۱۸). میراندا و همکارانش تغییرات در ویژگی‌های بالینی را در بیماران مبتلا به میگرن پس از

<sup>1</sup> The International Classification of Headache Disorders

<sup>2</sup> Migraine Disability Assessment

درمان تعیین کردند و نشان دادند که بیمارانی که درمان با تریپتان‌ها را دریافت کرده بودند، شدت و دفعات سردرد در آن‌ها کاهش بیشتری داشت (۱۹).

با توجه به شیوع میگرن و همراهی تنگاتنگ آن با افسردگی و اثری که بر کیفیت زندگی بیماران میگرنی دارد، شناخت هر چه بهتر میزان افسردگی و ناتوانی در بیماران مبتلا به میگرن، می‌تواند به بهبود وضعیت درمان و کیفیت زندگی این بیماران کمک کند.

هدف از مطالعه حاضر مقایسه میزان افسردگی و ناتوانی در بیماران میگرن درمان‌شده و درمان‌نشده است.

## روش‌ها

### ۱- طراحی مطالعه

تحقیق حاضر به صورت مقطعی روی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی مراجعه‌کننده به درمانگاه امام رضا (ع) طی ۳ ماه از فروردین تا تیر ۱۳۹۶، بر اساس معیارهای ورود و خروج مطالعه انجام شد.

### ۲- افراد شرکت‌کننده در مطالعه

افراد بین ۱۸ تا ۶۵ سال با سردرد میگرنی تأییدشده بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات سردرد (ویرایش دوم) که نیازمند استفاده از درمان پروفیلاکسی بر اساس اندیکتسیون‌های آن هستند (۵) به صورت متوالی و پی‌درپی در این مطالعه وارد شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل بیماران با سابقه تشنج، بیماران با انواع دیگر سردرد، افراد دارای سابقه افسردگی یا سایر اختلالات روانپزشکی قبل از شروع سردرد میگرنی و بیماران با وجود سایر بیماری‌های مزمن پزشکی از جمله سرطان، بیماری غدد درون‌ریز، بیماری عروق کرونر، سابقه انفارکتوس میوکارد و آسیب نخاعی است. علاوه بر این‌ها، بیماران با سابقه مصرف سیگار، الکل یا مواد مخدر و بیماران باردار یا در دوره شیردهی از مطالعه حذف شدند.

### ۳- مداخلات و پیامدها

بیماران واجد شرایط مراجعه‌کننده به کلینیک امام رضا به دو گروه تقسیم شدند. یک گروه شامل کسانی که درمان استاندارد پروفیلاکسی میگرن را حداقل به مدت یک ماه دریافت کرده بودند و گروه دیگر شامل آن دسته از بیمارانی است که به‌تازگی به سردرد میگرنی مبتلا شده و دارو مصرف نکرده‌اند و یا کسانی که مدت‌ها سردرد دارند ولی درمان استاندارد پروفیلاکسی را دریافت نکردند و فقط داروهای ضد درد برای کنترل درد دریافت می‌کرده‌اند. همچنین گروه تحت درمان دارویی استاندارد به سه گروه متمایز شامل: تک درمانی (دریافت ۱ دارو)، دو درمانی (دریافت ۲ دارو) و سه‌گانه درمانی (دریافت ۳ دارو) طبقه‌بندی شدند.

پس از معاینه دقیق توسط متخصص مغز و اعصاب، از شرکت‌کنندگان خواسته شد نسخه فارسی معتبر و قابل اعتماد پرسشنامه افسردگی بک (BDI)<sup>۱</sup> برای ارزیابی سطح افسردگی و پرسشنامه نمره ارزیابی ناتوانی میگرن (MIDAS)<sup>۲</sup> برای ارزیابی سطح ناتوانی ناشی از میگرن را تکمیل کنند. پرسشنامه BDI و MIDAS را خود بیمار تکمیل می‌کرد، با این حال، برای بیمارانی که در خواندن مشکل داشتند، یک مصاحبه ساختاریافته انجام شد و با کمک همراه بیمار پرسشنامه تکمیل گردید.

اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان شامل سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات و خصوصیات کلینیکی سردرد شامل دفعات سردرد، تعداد روزهای سردرد، شدت سردرد، پاترن سردردها در طی ۳ ماه گذشته با فرم جمع‌آوری اطلاعات به دست آمد.

مقیاس MIDAS یک ابزار پنج سؤالی است که برای اندازه‌گیری ناتوانی و پیامدهای عملکردی مرتبط با میگرن توسعه یافته است (۲۰) و بر اساس نمره به‌دست‌آمده به چهار دسته تقسیم می‌شود: نمره ۰-۵ ناتوانی حداقلی، ۶-۱۰: ناتوانی خفیف، ۱۱-۲۰: ناتوانی متوسط، و بیش از

<sup>1</sup> Beck's Depression Inventory

<sup>2</sup> Migraine Disability Assessment

در نظر گرفته شدند و ۱۲۰ نفر از آن‌ها که بیماران جدید مبتلا به میگرن بودند یا درمان استاندارد دریافت نکرده بودند و فقط داروهای ضد درد برای کنترل درد می‌گرفتند، به‌عنوان گروه درمان‌نشده در نظر گرفته شدند. میانگین سنی بیماران در گروه تحت درمان  $33/4 \pm 10/9$  (محدوده ۳۴/۹-۱۹-۴۸) سال و در گروه درمان‌نشده  $34/9 \pm 10/7$  (محدوده ۱۹-۵۱) بود. توزیع جنسیتی (زن به مرد) در گروه بیماران تحت درمان و گروه درمان‌نشده به ترتیب ۹۴ به ۶۹ و ۶۵ به ۳۵ بود ( $P=0/18$ ). همچنین از نظر سطح تحصیلات و وضعیت تأهل بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوتی مشاهده نشد (به ترتیب  $P=0/22$  و  $P=0/28$ ). جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک گروه‌های مورد مطالعه را به‌طور خلاصه نشان داده است.

امتیاز MIDAS در گروه درمان به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه درمان‌نشده بود (به ترتیب  $7/1 \pm 3/2$ ،  $13/2 \pm 9/3$ ،  $P=0/001$ ). میانگین نمره BDI در گروه درمان‌شده  $9/6 \pm 4/6$  و در گروه درمان‌نشده  $14/3 \pm 10/9$  بود ( $P=0/004$ ). همچنین تعداد روزهای میگرن در گروه درمان‌شده ( $4/6 \pm 3/5$ ) به‌طور قابل توجهی کمتر از گروه درمان‌نشده ( $6/1 \pm 3/3$ ) بود ( $P=0/001$ ). جدول ۲ خصوصیات کلینیکی سردرد، میزان ناتوانی و افسردگی در گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

در بخش دوم مطالعه، زیر گروه‌های بیماران تحت درمان را مقایسه کردیم. آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که تعداد روزهای سردرد میگرنی در بیمارانی که درمان سه‌دارویی را دریافت کرده بودند به‌طور معنی‌داری کمتر از سایر گروه‌ها بود ( $P=0/002$ ). آزمون Post hoc نشان داد که این تفاوت بین درمان تک و سه‌دارویی  $P=0/003$  و بین درمان دوتایی و سه‌دارویی  $P=0/01$  بود. ولی، بین بیماران گروه‌های دریافت‌کننده یک دارو، دو دارو و سه دارو برای سردرد میگرنی از نظر میزان ناتوانی و افسردگی بر اساس MIDAS و BDI تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (به ترتیب  $P=0/22$  و  $P=0/26$ ) (جدول ۳).

۲۰: ناتوانی شدید. پایایی و روایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی (۲۱) تأیید شده است.

BDI شامل ۲۱ سؤال (هر آیتم ۰-۳ امتیاز دارد) و یک پرسشنامه خود توضیحی است که برای ارزیابی احساسات آزمودنی‌ها در هفته قبل استفاده می‌شود. نمرات ۰ تا ۹ نشان‌دهنده عدم افسردگی، ۱۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف تا متوسط، ۱۹ تا ۲۹ افسردگی متوسط تا شدید و ۳۰ تا ۶۳ موارد افسردگی شدید را نشان می‌دهد. در این پژوهش از نسخه فارسی معتبر و پایایی این آزمون استفاده شده است (۲۲).

#### ۴- ملاحظات اخلاقی

پروتکل این مطالعه را کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز با کد (IR.sums.med.rec.1396.s144) تأیید کرده است. همه شرکت‌کنندگان قبل از ورود به مطالعه رضایت‌نامه کتبی آگاهانه امضا کردند.

#### ۵- آنالیز آماری

تمام تجزیه و تحلیل‌های آماری با بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۱۷/۰ (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) انجام شد. توزیع متغیرها با آزمون کولموگروف اسمیرنوف تجزیه و تحلیل گردید. آمار توصیفی به‌صورت میانگین  $\pm$  انحراف معیار یا عدد (درصد) بیان شد. داده‌های طبقه‌بندی‌شده با استفاده از آزمون فیشر و داده‌های پارامتریک با استفاده از آزمون t-test یا ANOVA یک‌طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.  $P\text{-value} < 0/05$  از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

تعداد ۲۸۳ بیمار مبتلا به سردرد میگرنی که نیاز به درمان پروفلاکسی داشتند وارد مطالعه شدند. از این میان، ۱۶۳ بیمار که حداقل یک ماه درمان استاندارد پروفلاکسی میگرن را دریافت کرده بودند، به‌عنوان گروه تحت درمان

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک بیماران مورد مطالعه

P-value	گروه بدون درمان (n=120) Mean ± SD or N (%)	گروه درمان شده (n=163) Mean ± SD or N (%)	متغیرها
۰/۲۶	۳۴/۹±۱۰/۷	۳۳/۴±۱۰/۹	سن (سال)
۰/۱۸	۳۵/۶۵	۶۹/۹۴	زن / مرد
۰/۲۲	بی سواد و زیر دیپلم: ۲۴(۲۰)	بی سواد و زیر دیپلم: ۳۶(۲۲/۱)	سطح تحصیلات
	دیپلم: ۵۱(۴۲/۵)	دیپلم: ۷۶(۴۶/۶)	
	تحصیلات دانشگاهی: ۴۵(۳۷/۵)	تحصیلات دانشگاهی: ۵۱(۳۱/۲)	
۰/۲۸	مجرد: ۸۷(۷۲/۵)	مجرد: ۱۱۲(۶۸/۷)	وضعیت تأهل
	متأهل: ۳۳(۲۷/۵)	متأهل: ۵۱(۳۱/۲)	

جدول ۲. مقایسه خصوصیات کلینیکی سردرد، میزان ناتوانی و افسردگی در گروه درمان شده و درمان نشده مبتلا به سردرد میگرنی

P-value	گروه بدون درمان (n=120) Mean ± SD	گروه درمان شده (n=163) Mean ± SD	متغیرها
۰/۰۰۱	۶/۱±۳/۳	۴/۶±۳/۵	تعداد روزهای ابتلا
۰/۰۰۱	۱۳/۲±۹/۳	۷/۱±۳/۲	*MIDAS
۰/۰۰۴	۱۴/۳±۱۰/۹	۹/۶±۴/۶	**BDI

Migraine Disability Assessment \*  
Beck's Depression Inventory \*\*

جدول ۳. مقایسه خصوصیات کلینیکی سردرد، میزان ناتوانی و افسردگی در زیرگروه‌های یک، دو و سه دارویی در گروه درمان شده مبتلا به سردرد میگرنی

P-value	گروه سه دارویی (n=37)	گروه دو دارویی (n=63)	گروه یک دارویی (n=63)	متغیرها
۰/۰۰۲	۲/۸±۱/۷	۴/۹±۴/۲	۵/۳±۳/۴	تعداد روزهای ابتلا
۰/۲۶	۹/۴±۸/۳	۵/۶±۷/۶	۴/۱±۳/۷	*MIDAS
۰/۲۲	۱۱/۱±۶/۴	۸/۲±۴/۹	۶/۴±۳/۴	**BDI

Migraine Disability Assessment \*  
Beck's Depression Inventory \*\*

## بحث

بیماری‌های روانپزشکی درمان بیماران مبتلا به میگرن را پیچیده می‌کند، کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مرحله ناتوانی این افراد را افزایش می‌بخشد (۲۵). در این مطالعه، افسردگی و وضعیت ناتوانی بیماران میگرنی درمان شده و درمان نشده مورد بررسی قرار گرفت و اثرات تعداد داروها بر افسردگی و وضعیت ناتوانی مقایسه شد.

مطالعات قبلی تأیید کرده‌اند که اختلالات خلقی و اضطرابی در افراد مبتلا به میگرن دو تا ده برابر بیشتر از جمعیت عمومی است، همچنین بیش از ۲۵ درصد از

میگرن مزمن یک مشکل جدی سلامت اجتماعی است که مانع از فعالیت‌های اجتماعی و زندگی با کیفیت می‌شود و باعث مصرف قابل توجهی مسکن و دارو می‌شود و بار اقتصادی زیادی بر دوش جامعه می‌گذارد (۸). محققان پیشنهاد کرده‌اند که رابطه بین میگرن و افسردگی دوطرفه است، یعنی هر دو بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند (۲۳ و ۲۴). در واقع، مبتلایان به میگرن نسبت به افراد دیگر در معرض خطر بیشتر ابتلا به افسردگی قرار دارند و این افسردگی ممکن است درمان میگرن را پیچیده کند. علاوه بر این،

بیماران مبتلا به میگرن معیارهای اختلالات خلقی و اضطرابی را با خود دارند (۱۱ و ۱۲).

این مطالعه نشان داد که تعداد روزهای سردرد میگرنی در گروه درمان شده ( $4/6 \pm 3/5$ ) به طور قابل توجهی کمتر از گروه درمان نشده ( $6/1 \pm 3/3$ ) است ( $P=0/001$ ) به این معنا که میگرن در بیماران تحت درمان استاندارد پروفیلاکسی وضعیت بهتری داشته است. همچنین، نمرات ناتوانی و افسردگی در بیماران میگرنی درمان نشده بدتر از بیماران میگرنی درمان شده بود که این نتیجه با یافته‌های سایر مطالعات مطابقت دارد (۲۶-۲۸). سونگ و همکاران در یک مطالعه مبتنی بر جمعیت در کشور کره، نشان دادند که شیوع اضطراب و افسردگی در بین افراد مبتلا به میگرن در مقایسه با افراد مبتلا به میگرن احتمالی بیشتر است (۲۹). مطالعه قبلی میراندا و همکاران نشان داد که کاهش قابل توجهی در افسردگی پس از درمان بیماران مبتلا به میگرن حاصل شده است (۱۹). در مطالعه دیگر Demiryurek و همکاران اثرات درمان میگرن را بر افسردگی، اضطراب و ناتوانی ناشی از میگرن در بیماران مبتلا به میگرن مزمن بررسی کردند و نشان دادند که کاهش معنی‌داری در تعداد روزها و شدت سردرد، نمره ناتوانی MIDAS و شکایات روانپزشکی در موارد میگرن مزمن درمان شده وجود دارد (۱۸). بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، تفاوت معنی‌داری از نظر میزان افسردگی و ناتوانی بر اساس نمرات MIDAS و BDI بین گروه‌های یک، دو و سه دارویی وجود نداشت هرچند که تعداد روزهای سردرد میگرنی در گروه ۳ دارویی به طور معنی‌داری نسبت به ۲ گروه دیگر کمتر است.

تئوری‌های زیادی برای توضیح علت‌شناسی ارتباط بین میگرن و اختلالات روانپزشکی، مانند عوامل محیطی یا ژنتیکی مشترک، افت عملکرد مغزی و ارتباط علی و معلولی یک‌طرفه یا دوطرفه پیشنهاد شده است ولی، هیچ‌کدام از این نظریه‌ها هنوز به طور دقیق و کامل نمی‌توانند ارتباط و همراهی این دو بیماری را توضیح دهند (۳۰). از تئوری‌های دیگری که در همراهی میگرن

با اختلالات خلقی مطرح می‌شود، سیستم سروتونرژیک است. اختلال عملکرد سروتونرژیک در میگرن به خوبی شناخته شده است و سروتونین نیز در شروع و حفظ خواب و تعدیل خلق و خو نقش مهمی دارد (۳۱ و ۳۲). علاوه بر این، اختلال در عملکرد سیستم دوپامینرژیک نیز می‌تواند مطرح کننده همبودی میگرن و اختلالات خلقی باشد (۳۳). علائم بالینی، مطالعات تصویربرداری، الکتروفیزیولوژیکی و عملکردی نشان می‌دهد که شبکه‌های مغزی متعدد در طول حمله میگرن علاوه بر فعال‌سازی شبکه درد، فعال یا غیرفعال می‌شوند، بنابراین حمله میگرنی ممکن است به عنوان یک حالت مغزی پاتولوژیک در نظر گرفته شود. توجه به این شبکه‌های مغزی، چارچوبی گسترده را برای درک میگرن فراهم می‌کند. علاوه بر این، واسطه‌های عصبی-شیمیایی مانند آدنوزین، ملاتونین و اورکسین (هیپوکرتین) در پاتوژنز خواب و سردرد نقش دارند (۳۴ و ۳۵). در نهایت، چندین ناحیه مشابه مغز در دیانسفالون، ساقه مغز و انتقال‌دهنده‌های عصبی در پاتوژنز افسردگی، اضطراب، استرس، تنظیم خواب و میگرن نقش دارند. همبودی اختلالات خواب، اختلالات روانپزشکی و میگرن می‌تواند تظاهر وجود مسیرهای زمینه‌ای مشترک باشد (۳۶).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که بیماران به صورت مقطعی و فقط یک‌بار مورد ارزیابی قرار گرفتند، لذا انجام مطالعاتی به صورت کوهورت و پیگیری کردن بیماران به صورت مدت‌زمان طولانی‌تر ضروری است و می‌تواند نتایج دقیق‌تری از ارتباط میان درمان میگرن با میزان افسردگی و ناتوانی ایجاد کند.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که افراد مبتلا به میگرن درمان نشده، در مقایسه با بیماران مبتلا به میگرن درمان شده، به احتمال زیاد افسردگی و اضطراب را گزارش می‌کنند. علاوه بر این، تعداد داروها تأثیر معنی‌داری بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به میگرن ندارند.

7. Baskin SM, Smitherman TA. Migraine and psychiatric disorders: comorbidities, mechanisms, and clinical applications. *Neurol Sci*. 2009;30(1):61-5.
8. Hamelsky SW, Lipton RB. Psychiatric comorbidity of migraine. *Headache*. 2006;46(9):1327-33.
9. Wang SJ, Liu HC, Fuh JL, Liu CY, Wang PN, Lu SR. Comorbidity of headaches and depression in the elderly. *Pain*. 1999;82(3):239-43.
10. Lipton RB, Hamelsky SW, Kolodner KB, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine, quality of life, and depression: a population-based case-control study. *Neurology*. 2000;55(5):629-35.
11. Merikangas KR, Angst J, Isler H. Migraine and psychopathology. Results of Zurich cohort study of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(9):849-53.
12. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KM. Headache and major depression: is the association specific to migraine? *Neurology*. 2000;54(2):308-13.
13. Swartz KL, Pratt LA, Armenian HK, Lee LC, Eaton WW. Mental disorders and the incidence of migraine headache in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(10):945-50.
14. Patel NV, Bigal ME, Kolner KB, Leotta C, Lafata JE, Lipton RB. Prevalence and impact of migraine and probable migraine in a health plan. *Neurology*. 2004;63(8):1432-8.
15. Fasmer OB, Oedegaard KJ. Clinical characteristics of patients with major affective disorders and comorbid migraine. *World J Biol Psychiatry*. 2001;2(3):149-55.

در مجموع، درک تعاملات بین اختلالات خلقی و میگرن در افراد مبتلا به سردرد میگرنی، می‌تواند در تنظیم رژیم درمانی این بیماران و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر باشد.

#### تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان بیان نشده است.

#### منابع

1. Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A. The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27(3):193-210.
2. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA*. 1992;267(1):64-9.
3. Lipton RB, Stewart WF. The epidemiology of migraine. *Eur Neurol*. 1994;34(2):6-11.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33(9):629-808.
5. Silberstein SD. Preventive migraine treatment. *Continuum (Minneapolis)*. 2015;21(4):973-89.
6. Minen MT, Begasse De Dhaem O, Kroon Van Diest A, Powers S, Schwedt TJ, Lipton R, et al. Migraine and its psychiatric comorbidities. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2016;87(7):741-9.

- comorbidity of major depressive disorder, dysthymic disorder and anxiety disorders with migraine. *Rev Neurol*. 2007;45(5):272-5.
24. Domingues RB, Costa EA, Jr SA, Domingues SA, Leal JC, Gomez RS et al. Correlation between migraine subtypes and depression. *Arq Neuropsiquiatr*. 2008;66(3A):485-7.
  25. Ashina S, Serrano D, Lipton RB, Maizels M, Manack AN, Turkel CC, et al. Depression and risk of transformation of episodic to chronic migraine. *J Headache Pain*. 2012;13(8):615-24.
  26. Rammohan K, Mundayadan SM, Das S, Shaji CV. Migraine and mood disorders: prevalence, clinical correlations and disability. *J Neurosci Rural Pract*. 2019; 10(1): 28–33.
  27. Baldacci F, Lucchesi C, Cafalli M, Poletti M, Ulivi M, Vedovello M, et al. Migraine features in migraineurs with and without anxiety-depression symptoms: A hospital-based study. *Clin Neurol Neurosurg*. 2015;132:74–8.
  28. Bigal ME, Lipton RB. Clinical course in migraine: Conceptualizing migraine transformation. *Neurology*. 2008;71:848–55.
  29. Song TJ, Cho SJ, Kim WJ, Yang KI, Yun CH, Chu MK. Anxiety and depression in probable migraine: A population-based study. *Cephalalgia* 2017;37(9):845-54.
  30. Altamura C, Corbelli I, de Tommaso M, Di Lorenzo C, Di Lorenzo G, Di Renzo A, Filippi M, Jannini TB, Messina R, Parisi P, Parisi V, Pierelli F, Rainero I, Ruccci U, Rubino E, Sarchielli P, Li L, Vernieri F, Vollono C, Coppola G. Pathophysiological
  16. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KM. Comorbidity of migraine and depression. *Neurology*. 2003;60(8):1308-12.
  17. Breslau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. *Psychiatry Res*. 1991;37(1):11-23.
  18. Demiryurek BE, Ertem DH, Tekin A, Ceylan M, Aras YG, Gungen BD. Effects of onabotulinumtoxinA treatment on efficacy, depression, anxiety, and disability in Turkish patients with chronic migraine. *Neurol Sci*. 2016;37(11):1779-84.
  19. Miranda H, Ortiz G, Figueroa S, Pérez CM, Suárez E. Depression scores following migraine treatment in patients attending a specialized center for headache and neurology. *Headache*. 2001;41(7):680-4.
  20. Stewart WF, Lipton RB, Whyte J, Dowson A, Kolodner K, Liberman JN, et al. An international study to assess reliability of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score. *Neurology*. 1999;53(5):988-94.
  21. Ghorbani A, Chitsaz A. Comparison of validity and reliability of the Migraine disability assessment (MIDAS) versus headache impact test (HIT) in an Iranian population. *Iran J Neurol*. 2011;10(3-4):39-42.
  22. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian language version of the Beck Depression Inventory—Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety*. 2005;21(4):185- 92.
  23. Cardona-Castrillon GP, Isaza R, Zapata-Soto AP, Franco JG, Gonzalez-Berrio C, Tamayo-Diaz CP. The

- Adolesc Psychopharmacol. 1996;6(1):153–64.
35. Barbanti P, Fabbrini G, Ricci A, Pascali MP, Bronzetti E, Amenta F, et al. Migraine patients show an increased density of dopamine D<sub>3</sub> and D<sub>4</sub> receptors on lymphocytes. *Cephalalgia*. 2000;20(1):15-9.
36. Dresler T, Caratozzolo S, Guldolf K, Huhn JI, Loiacono C, Niiberg-Pikksööt T, Puma M, Sforza G, Tobia A, Ornello R, Serafini G, European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). Understanding the nature of psychiatric comorbidity in migraine: a systematic review focused on interactions and treatment implications. *J Headache Pain*. 2019;20(1):51.
- bases of comorbidity in migraine. *Front Hum Neurosci*. 2021; 15: 640574.
31. Chugani DC, Niimura K, Chaturversi S. Increased brain serotonin synthesis in migraine. *Neurology*. 1999;53(1):1473–83.
32. Burstein R, Jakubowski M. Neural substrate of depression during migraine. *Neurol Sci*. 2009; 30(1):S27-31.
33. Hornung JP. The human raphe nuclei and serotonergic system. *J Chem Neuroanat*. 2003;26(4):331-43.
34. Pine DS, Cohen P, Brook J. The association between major depression and headache: results of a longitudinal epidemiologic study in youth. *J Child*

Cite this article as:

Ostovan VR, Mirghasemi SAM. Comparison of the Level of Depression and Disability between the Treated and Untreated Migraineurs. *Sadra Med Sci J* 2022; 10(2): 121-130.